

2e SÉRIE.
—
No 915.

DU CANCER
DE LA GLANDE PAROTIDE
ET DE SON TRAITEMENT.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG,

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

le vendredi 19 janvier 1866, à quatre heures du soir,

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE,

PAR

ARTHUR CHABANIER,

de Saint-Flour (Cantal),

ÉLÈVE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

STRASBOURG,

TYPOGRAPHIE D'ÉDOUARD HUDER, RUE BRULÉE, 12.

1866.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Amour filial et reconnaissance sans bornes pour leurs longs et généreux sacrifices.

A MES FRÈRES.

Amitié inaltérable.

A MON ONCLE ET A MA TANTE ACHALME.

Affection sincère.

A MON ONCLE ET A MA TANTE MÉDARD.

Dévouement.

A MES COUSINS ET A MES COUSINES.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS.

Attachement.

A. CHABANIER.

A MONSIEUR DESSAURET,

Procureur général près la Cour impériale de Montpellier, Officier de la Légion-d'Honneur, Commandeur de l'Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

Faible témoignage de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL.

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES.

A. CHABANIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

PROFESSEURS.

MM. EHRMANN O✻ Doyen. Anatomie et anatomie pathologique.
FÉE O✻. . . . . . . Botanique et histoire naturelle médicale.
STOLTZ O✻ . . . . . Accouchements et clinique d'accouchements.
CAILLIOT ✻ . . . . . Chimie médicale et toxicologie.
RAMEAUX ✻ . . . . . Physique médicale et hygiène.
G. TOURDES ✻ . . . . Médecine légale et clinique des maladies des enfants.
SÉDILLOT C✻ . . . . Clinique chirurgicale.
RIGAUD ✻. . . . . . Clinique chirurgicale.
SCHÜTZENBERGER ✻ . Clinique médicale.
STŒBER ✻. . . . . . Pathologie et thérapeutique générales, et clinique ophthalmologique.
KÜSS . . . . Physiologie.
MICHEL . . . . Médecine opératoire.
(Küss, Michel:) Clinique des maladies syphilitiques.
L. COZE . . . . Thérapeutique spéciale, mat. médicale et pharmacie.
HIRTZ ✻. . . . . . . Clinique médicale.
WIEGER. . . . . . . Pathologie médicale.
BACH . . . . Pathologie chirurgicale.

M. R. COZE O✻, doyen honoraire

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

STROHL.
HELD.
KIRSCHLEGER.
DAGONET.
HERRGOTT.
KŒBERLÉ.

MM. MOREL.
HECHT.
BŒCKEL (E.).
AUBENAS.
ENGEL.
P. SCHÜTZENBERGER.

MM. DUMONT.
ARONSSOHN.
SARAZIN.
BEAUNIS.
MONOYER.

AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. N..... N..... N..... N..... N.....

M. DUBOIS, secrétaire, agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE.

MM. MICHEL, président;
BACH,
AUBENAS,
SARAZIN.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

DU CANCER
DE LA GLANDE PAROTIDE
ET DE SON TRAITEMENT.

« *Melius anceps remedium quam nullum.* »
(CELSE.)

INTRODUCTION.

Le cancer de la glande parotide et les indications qu'il présente rentrent certainement dans le cadre des nombreuses questions chirurgicales qui, dès longtemps, ont, parmi les opérateurs, soulevé les contradictions les plus formelles. Ainsi, nous voyons ALLAN BURNS déclarer totalement impossible et infailliblement mortelle l'extirpation de la glande parotide; les conclusions de BOYER ne sont guère plus consolantes : « Le parti le plus sage, dit-il, est de s'abstenir. » Cette thérapeutique désespérante était surtout basée sur la lésion inévitable de la carotide externe et du nerf facial. La ligature de cette dernière artère, opération pratiquée bien souvent avec succès, devait rassurer

les chirurgiens; bientôt, en effet, d'habiles opérateurs, Nélaton, Denonvilliers, A. Bérard surtout, dans sa thèse sur les tumeurs de la parotide, démontrèrent, en s'appuyant sur des faits, qu'on pouvait pratiquer avec succès l'extirpation de la glande, tout en étant obligé de lier la carotide externe et de couper le tronc du nerf facial. Malgaigne, Nægelé, Triquet, etc., sont allés plus loin et pensent que dans certains cas qui ne sont pas très-rares, cette double lésion de l'artère et du nerf peut être évitée. Cette dernière opinion devait avoir, et a réellement trouvé de nombreux contradicteurs.

Richet, entre autres, dans son anatomie des régions, a manifesté plus que du doute à l'égard de ces anomalies vasculaires et nerveuses qu'on avait invoquées, et, relevant l'anathème dont l'extirpation de la parotide avait été frappée par Burns et Boyer, il déclara «l'éradication complète de cette glande absolument impraticable.» Le même auteur, partageant en cela l'avis de Richerand, Velpeau, Malgaigne, etc., pense que la plupart des extirpations de la parotide suivies de succès si complets n'étaient que des extirpations, non de la parotide, mais des ganglions lymphatiques voisins et atteints de dégénérescence.

Comment croire, en effet, à tant d'opérations dont quelques-unes tiennent réellement du merveilleux : Alix affirme avoir enlevé à la région parotidienne une tumeur pesant quatre livres, sans produire «la moindre effusion de sang, la moindre trace de paralysie faciale.» MM. Heyfelder (de Trèves), Fonthen, etc., citent des cas d'extirpation de parotides sans ligatures et avec «disparition spontanée» de l'hémiplégie faciale. Garengeot n'a pas craint d'avancer que «jamais l'ablation des glandes salivaires n'est suivie d'hémorrhagie», et il regarde comme inutiles les moyens hémostatiques que l'on pourrait préparer avant l'extirpation de ces glandes. De tels faits peuvent se passer de commentaires.

On voit donc qu'aujourd'hui encore les chirurgiens sont loin d'être d'accord sur cette opération impraticable d'après les uns, inoffensive et des plus simples d'après les autres.

Loin de nous la prétention de vouloir jeter le jour sur ces débats. Il y a quelques semaines, nous apprîmes que M. le professeur Michel avait pratiqué l'extirpation de la glande parotide.

Cette opération, disons-le déjà, est pénible et exige des notions anatomiques précises et beaucoup d'habileté de la part du chirurgien : les véritables extirpations de la parotide sont beaucoup plus rares qu'on le croirait en lisant certains auteurs. Or, dans ces questions obscures, un seul fait bien acquis est plus utile que mille hypothèses plus ou moins séduisantes.

Telle est l'unique pensée qui nous a engagé à prendre cette observation comme base de notre travail inaugural.

Nous nous adresserons d'abord à l'anatomie qui peut seule ici nous fournir des données positives; nous traiterons ensuite rapidement du diagnostic différentiel des tumeurs de la glande parotide et nous terminerons ensuite par le manuel opératoire à employer dans l'extirpation de cet organe. C'est là la marche que nous avons suivie dans les recherches que nous livrons avec confiance à nos juges, persuadés d'avance qu'ils tiendront compte de nos efforts et de notre peu d'expérience.

ANATOMIE.

Suivant la méthode adoptée par Richet, nous décrirons successivement les limites de la région parotidienne, le creux parotidien et enfin la glande avec ses vaisseaux, ses nerfs, etc.

La région parotidienne a pour limites : en avant, la branche de la mâchoire obliquement dirigée en bas et en avant; en arrière, l'apophyse mastoïde, puis plus bas, mais sur le même plan, le bord antérieur du sterno-mastoïdien; en haut, la paroi inférieure du conduit auditif et l'articulation temporo-maxillaire; en bas, une ligne imagi-

naire unissant horizontalement le bord inférieur du corps de la mâchoire au muscle sterno-mastoïdien.

Profondément, la région parotidienne est immédiatement en rapport avec la paroi pharygienne, l'apophyse styloïde et le bouquet de Riolan.

Extérieurement, cette région représente un sillon dont les dimensions varient suivant les mouvements qu'on imprime à la mâchoire : pendant l'abaissement, le condyle se porte en avant et la partie supérieure de la rainure parotidienne se trouve ainsi agrandie; la partie inférieure, au contraire, diminue de largeur en raison du mouvement de bascule qui porte l'angle de la mâchoire plus en arrière. Si on porte la mâchoire en avant, la région parotidienne sera plus élargie de près d'un centimètre suivant toute sa longueur; ces divers mouvements et les variations de forme qu'ils produisent, peuvent être utilisés pour l'extirpation, à certains temps de l'opération, ainsi que nous le verrons bientôt.

Si on enlève la glande parotide en entier avec tous ses prolongements, on aperçoit une cavité ovalaire allant en se rétrécissant en avant et en dedans, et se prolongeant derrière le muscle ptérygoïdien interne, qui forme ainsi la paroi antérieure du creux parotidien; postérieurement, la paroi est formée par le ventre supérieur du muscle digastrique et par les muscles stylo-hyoïdien, stylo-pharyngien et stylo-glosse; n'oublions pas que ces divers muscles sont recouverts et enveloppés par une aponévrose blanche, résistante, qui, en se prolongeant jusqu'à l'angle de la mâchoire, forme la limite inférieure du creux qui nous occupe, et isole ainsi la parotide de la glande sous-maxillaire et de la région sus-hyoïdienne. Profondément se trouve le ligament stylo-maxillaire, ainsi que les attaches fibreuses du muscle stylo-glosse.

La réunion de ces différentes aponévroses forme à la parotide une seconde capsule épaisse, qui l'enveloppe de toutes parts, si ce n'est au niveau de son sommet ou prolongement interne ; là, la glande n'est

séparée des parois du pharynx que par du tissu cellulaire graisseux; ce dernier point est très-important, car nous verrons qu'en raison des organes importants que recouvre ce prolongement de la glande, les difficultés de l'opération sont bien différentes, selon que le sommet de la parotide est sain ou malade, et suivant que ce prolongement est plus ou moins prononcé. On conçoit d'ailleurs que l'absence d'aponévrose à ce niveau favorisera l'extension des tumeurs parotidiennes vers ce point.

Quelquefois on rencontre entre le muscle ptérygoïdien et la mâchoire une dépression qui sert à loger un autre prolongement de la parotide; plus rarement encore, on trouve entre le digastrique et le sterno-mastoïdien une dépression analogue et ayant le même usage.

La glande parotide a une forme moulée sur les anfractuosités de la région qu'elle occupe; elle représente assez bien un prisme triangulaire, dont la base est externe et regarde la peau et dont le sommet regarde le pharynx. Elle est entourée d'une forte tunique fibreuse qui pénètre dans son intérieur et sépare les lobules glandulaires.

En bas, la parotide empiète sur la région sus-hyoïdienne; en avant, elle s'étend sur le muscle masséter pour se continuer par le canal de Sténon. C'est ce prolongement du côté du masséter qu'on a improprement appelé *glande accessoire*. Nous avons vu que le plus important des prolongements est celui qui existe parfois en avant de l'apophyse styloïde et se dirige vers le pharynx, recouvrant en arrière la carotide interne, la veine du même nom et les nerfs glosso-pharyngien et spinal.

La principale artère de la parotide est la carotide externe qui pénètre dans la glande après avoir passé entre les muscles styliens, généralement entre les muscles stylo-hyoïdien et stylo-pharyngien; cette artère se porte d'arrière en avant et va traverser la parotide; elle fournit : en arrière, les artères auriculaire et occipitale; en avant, une ou deux branches appelées *faciales transverses;* dans l'intérieur de la parotide, plusieurs branches qui suivent des directions variables;

enfin, elle donne naissance à deux artères terminales : la maxillaire interne et les artères temporales. Notons que ces vaisseaux sont intimement unis au tissu glandulaire et qu'on ne peut léser profondément la glande sans les atteindre.

La carotide externe présente parfois quelques variétés de rapports avec la glande parotide. Presque toujours cet organe forme un canal complet à l'artère qui est plus rapprochée de la face profonde que de la face superficielle; cependant chez quelques sujets on trouve l'artère contenue seulement dans une gouttière de la face profonde de la glande.

D'autres fois, mais bien plus rarement, l'artère est appliquée à la face antérieure de la glande, de sorte qu'elle se trouve cachée par le bord postérieur de la branche de la mâchoire; ces anomalies ont été rencontrées par Nélaton, Denonvilliers, A. Bérard, etc.; elles expliquent, la dernière surtout, comment on a pu à la rigueur enlever la parotide sans léser la carotide externe, surtout quand on laisse la petite portion de glande qui s'enfonce derrière la branche de la mâchoire. Il y aurait une autre anomalie qui n'a été citée que par M. Triquet et qui cependant ne serait pas très-rare, puisqu'il prétend l'avoir rencontrée cinq fois sur vingt environ.

L'artère serait alors contenue dans une gaîne celluleuse complétement isolée de la parotide, avec laquelle elle n'aurait plus que de simples voisinages. L'artère passe alors un peu en avant et en dedans du sommet de la glande. Or, la capsule fibreuse entourant de toutes parts la parotide, celle-ci se trouverait ainsi parfaitement isolée de l'artère dont la blessure deviendrait bien moins à craindre.

Il est assez curieux que seul jusqu'ici, M. Triquet ait eu la chance de rencontrer si fréquemment ce genre d'anomalie dont il n'est parlé ni dans Sappey, ni dans Cruveilhier. Nous avons voulu essayer de vérifier par nous-même le fait à l'amphithéâtre. Nous avons injecté plusieurs fois la carotide primitive pour rendre la dissection plus facile et plus nette : sur une quinzaine de cadavres nous n'avons

trouvé qu'un seul cas de l'anomalie citée par Bérard, celle où l'artère passe derrière la mâchoire; mais il nous a été impossible de voir une seule fois les rapports cités par M. Triquet. Le même auteur pense que lorsque la parotide ne forme qu'une simple gouttière pour recevoir la carotide, des ganglions lymphatiques placés derrière la gouttière peuvent s'hypertrophier, refouler la glande en dehors, l'artère en dedans, et les isoler ainsi l'une de l'autre. Ce sont là de pures hypothèses sur lesquelles ne doit point compter un chirurgien prudent. Nægelé affirme qu'il a pu, deux fois sur le cadavre et une fois sur le vivant, enlever la parotide sans léser aucunement l'artère carotide externe. Burns a vu la carotide primitive ne se bifurquer qu'au niveau de la racine de l'apophyse styloïde; là, elle se divisait en deux branches, dont l'une formait la carotide interne, et l'autre continuait le tronc commun des artères temporales et maxillaire interne. Chez un autre sujet, il avait trouvé la carotide externe réduite à un tronc épais et court, du sommet duquel partaient toutes ses branches. Dubreuil (de Montpellier) a vu aussi la carotide externe se bifurquer après un trajet de 55 millimètres. Soit qu'elle s'arrête avant de pénétrer dans la parotide, soit qu'elle naisse seulement au delà des limites de la glande, on ne saurait, en disséquant celle-ci, atteindre une artère qui n'y existe pas. Mais ce sont là de bien rares exceptions.

Les artères qui traversent la parotide sont accompagnées de veines qui n'offrent rien de remarquable.

Au devant de la glande passe la veine jugulaire externe dont la lésion est à peu près inévitable, quand on extrait la parotide; mais elle n'a jamais effrayé personne. Cependant P. Bérard, avant de la diviser, a pris le soin de faire exercer une compression exacte sur son bout inférieur, afin d'empêcher l'introduction de l'air; mais ce qu'il y a de bien plus à craindre, c'est de rencontrer dans l'intérieur de la parotide une branche de communication entre la veine jugulaire externe et la veine jugulaire interne; ce cas est heureusement assez rare. Quant à la veine jugulaire interne, il est très-difficile de la

léser pendant l'extirpation de la parotide; à part les muscles qui la séparent de cette glande, existe encore une lame fibreuse allant de l'apophyse transverse de l'axis à l'apophyse styloïde, et interposée entre la veine et la glande.

Il existe cependant un exemple cité par P. H. Bérard, dans lequel la parotide altérée communiquait avec la veine jugulaire interne. On conçoit alors toutes les difficultés de l'opération si elle eût été entreprise.

Le docteur Michelena rapporte que, dans une extirpation de parotide, ayant lésé la veine jugulaire interne, il aurait pratiqué avec succès la ligature latérale de cette veine. Ce serait en tout cas le seul exemple, dans les annales de la science, de ligature de la veine jugulaire interne, *dans la partie de son trajet comprise entre la base du crâne et l'angle de la mâchoire inférieure.*

Les nerfs de la parotide sont: le nerf facial et ses branches, le nerf temporal-superficiel venant du nerf maxillaire inférieur, et le nerf auriculaire venant du plexus cervical.

Le tronc du nerf facial, en sortant du trou stylo-mastoïdien, traverse la parotide d'arrière en avant et de dedans en dehors, et, dans l'intérieur même de la glande, il se divise en deux branches : le nerf temporo-facial et le nerf cervico-facial; ces deux branches envoient de nombreux filets nerveux qui, sous forme d'éventail, vont aux muscles peauciers de la face et du cou; en arrière, un rameau se porte aux muscles de l'oreille; trois autres se détachent de la partie interne pour aller se jeter dans les muscles stylo-glosse, stylo-hyoïdien et stylo-pharyngien.

Le nerf temporal-superficiel ou auriculo-temporal traverse la parotide, comme le nerf facial, d'arrière en avant, mais il va du côté opposé, c'est-à-dire de dedans en dehors; il vient sortir entre le condyle et la portion cartilagineuse du conduit auditif, après avoir fourni un rameau qui s'anastomose avec la branche temporo-faciale.

Quant au nerf auriculaire antérieur, il traverse superficiellement la parotide et devient cutané.

Comme pour la carotide externe, on a trouvé des anomalies du nerf facial. Ainsi, d'après M. Triquet, parfois le nerf facial, au lieu de décrire un coude à angle obtus au milieu de la glande, et avant de se diviser, forme un angle très-aigu et gagne immédiatement le bord antérieur de la glande. D'autres fois, on aurait trouvé le nerf facial tout simplement accolé à la face profonde de la glande.

Une seule fois M. Triquet a trouvé un tout petit ganglion lymphatique placé entre le tronc du nerf et la glande. En supposant que ce petit ganglion fût devenu le siége d'une tumeur, il eût repoussé en dedans le tronc du nerf, en dehors la parotide, et la section aurait pu être pratiquée, sans section du nerf, sans hémiplégie. Malheureusement encore, on est placé dans le champ des hypothèses ! Nous ne voulons pas nier l'existence de ces anomalies ; néanmoins, tout chirurgien qui entreprendra l'extirpation de la glande parotide, devra s'attendre à la section inévitable du nerf facial et à l'hémiplégie consécutive.

Kyll a soutenu que la section du nerf facial n'était pas absolument nécessaire. Nægelé et d'autres après lui ont professé les mêmes opinions, mais ces opérations exceptionnelles sont si rares, qu'elles ne font que confirmer la règle.

L'anatomie des vaisseaux lymphatiques de la parotide laisse encore beaucoup à désirer. Sappey dit que leur origine est inconnue. Déjà cependant Theile avait annonce qu'une partie des lymphatiques profonds de la face, provenant de la paroi latérale de la bouche et du palais, se rendaient à certains ganglions de la parotide. Suivant M. Huguier, les ganglions situés près du sommet de la parotide reçoivent des lymphatiques du voile du palais et de ses piliers. L'origine de ces lymphatiques est assez importante, car nous verrons plus bas qu'un grand nombre de tumeurs de la région parotidienne ont été attribuées à des caries dentaires : on s'expliquerait alors les rapports qui existent entre les ganglions parotidiens et les lymphatiques de la cavité buccale.

Ces ganglions parotidiens méritent d'arrêter un moment notre at-

tention, tant pour leur anatomie spéciale, que pour les affections qui les atteignent : affections si souvent confondues avec les affections propres du tissu glandulaire parotidien !

Par une exception d'autant plus remarquable qu'elle est probablement unique dans l'anatomie, la parotide contient des ganglions lymphatiques et dans son épaisseur et à sa périphérie et à sa face profonde. Leur couleur rouge brun ne permet pas de les confondre avec le tissu de la glande. Presque toujours on en trouve un ou deux entre le sommet de la glande et les muscles styliens. Nous avons vu que c'est sur la dégénérescence possible de ces ganglions que M. Triquet avait établi des cas de séparation de la carotide externe et du nerf facial d'avec la parotide.

De plus, existent les ganglions parotidiens proprement dits; leur nombre est très-variable, ainsi que la place qu'ils occupent; on peut en trouver de trois à six, et en général ils sont plus rapprochés de la face superficielle que de la face profonde. Il existe d'autres ganglions placés tout à fait à la surface de la glande, immédiatement sous la capsule fibreuse. Enfin on rencontre des ganglions immédiatement au-dessus, entre la capsule et la couche sous-cutanée. Des injections mercurielles ont montré que ces quatre espèces de ganglions communiquaient entre eux et avec les ganglions de la cavité buccale, surtout avec ceux du rebord alvéolaire supérieur. Il est alors facile de comprendre que l'extraction de deux molaires ait pu faire disparaître un gonflement chronique de la région parotidienne. (Exemple cité dans la thèse de M. A. Bérard.)

CARACTÈRES DU CANCER DE LA PAROTIDE.

Comme toutes les autres parties du corps, et surtout les tissus glandulaires, la parotide est sujette aux engorgements squirrheux.

La tumeur est située profondément entre l'oreille et la branche de

la mâchoire ; elle est dure, rénitente, immobile, indolente au début, sans grandes inégalités à sa surface et en général sans altération notable de la peau qui la recouvre.

Sa forme est plus ou moins irrégulière, tantôt ovale et tantôt pyramidale ; elle soulève l'oreille et la refoule en haut.

L'*axe* de cette tumeur correspond presque toujours à une ligne que l'on tirerait de l'apophyse mastoïde à l'angle de la mâchoire inférieure, ou, du moins, il s'écarte peu de cette direction. C'est dans les cas où la tumeur est peu volumineuse qu'elle offre une forme pyramidale.

L'immobilité est le principal caractère du squirrhe parotidien ; cette glande, en effet, qui, à l'état sain, est pour ainsi dire enclavée dans un creux à parois osseuses, doit perdre toute mobilité quand elle est atteinte de squirrhe, affection qui augmente toujours son volume ainsi que ses adhérences avec les parties voisines.

Le véritable squirrhe parotidien est une affection assez rare, et, le plus souvent, comme nous le verrons, on a confondu avec lui des tumeurs des ganglions voisins de la parotide. Velpeau, s'appuyant sur un relevé de quatre-vingts faits, a même soutenu que presque toutes les prétendues extirpations de parotides atteintes de cancers n'étaient que des tumeurs produites par les ganglions voisins dégénérés.

Les causes qui déterminent le squirrhe de la glande parotide sont le plus souvent inconnues. Tantôt le squirrhe succède à une tuméfaction inflammatoire, surtout quand on a eu l'imprudence d'y appliquer des répercussifs. Dans l'observation que nous citons, un traitement analogue, employé par des personnes sans expérience, pourrait bien avoir contribué à l'aggravation rapide du mal. Tantôt le squirrhe se forme d'une manière lente, sans être précédé d'aucun signe d'inflammation. Souvent la glande n'est pas le siége primitif de la maladie ; celle-ci s'est propagée jusqu'à la parotide après avoir envahi les organes voisins. D'autres fois, le cancer succède à des tumeurs passées à l'état d'induration et qui ont dégénéré.

La marche du squirrhe est variable: quelquefois il reste longtemps dans le même état; s'il fait quelques progrès, dit Boyer, ils sont si lents qu'on s'en aperçoit à peine; en général, dans ces cas, la douleur est peu vive; d'autres fois, au contraire, le volume du squirrhe augmente rapidement, et l'on voit survenir des douleurs lancinantes, parfois atroces; en même temps se manifestent d'autres symptômes morbides du côté du cerveau et du côté des sens. Lorsque, en effet, la glande a acquis un volume considérable, elle comprime la veine jugulaire interne, et peut occasionner des maux de tête, de l'assoupissement et même du délire. Les rapports qui existent entre la parotide et le conduit auditif, la mâchoire et le pharynx, expliquent suffisamment les troubles de l'ouïe et les gênes de mastication et de déglutition qui surviennent dans les cas de squirrhe volumineux.

D'après ce qui précède, on voit que le pronostic du cancer de la parotide varie beaucoup suivant la marche que suit l'affection. Tant que la tumeur reste stationnaire, il y a peu de danger; on a vu un grand nombre de personnes qui, avec un gonflement notable de la parotide, sont parvenues à un âge très-avancé : que, au contraire, la tumeur augmente rapidement, qu'elle vienne à s'ulcérer, des accidents redoutables, la mort même, seront imminents, et, comme nous le verrons dans le traitement, l'extirpation sera la seule ressource.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il est essentiel de distinguer les vrais squirrhes du tissu de la parotide, d'avec les autres tumeurs qui atteignent cet organe, et surtout d'avec les engorgements lymphatiques et scrofuleux, voisins de l'oreille. Les glandes lymphatiques jugulaires forment le long des veines de ce nom un cordon qui monte de la mâchoire vers l'oreille; là, il se continue avec celui qui accompagne les vaisseaux de la région occipitale. Or, ces glandes sont le siége le plus ordinaire de tumeurs

scrofuleuses qu'il ne faudra pas confondre avec le squirrhe de la glande salivaire. Ce sont ces glandes, sans doute, qu'on a extirpées avec succès dans les cas d'engorgements durs et irrésolubles. La plupart de ces magnifiques opérations de la parotide, sans lésion vasculaire et nerveuse, ne se réduiraient-elles pas à une simple extirpation de ganglions lymphatiques? Il n'est pas douteux pour VELPEAU, que c'est à des engorgements de cette espèce qu'ont eu à faire la plupart des nombreux chirurgiens qui prétendent avoir extirpé la glande parotide en entier.

BERTHERAND rapporte qu'un praticien de province fit connaître à l'Académie de médecine de Paris une ablation pareille *suivie de succès* : Le malade, M. P..., lieutenant d'infanterie, entra, non guéri, au Val-de-Grâce, où il mourut de dégénérescence cancéreuse cervicale, après avoir, dans son désespoir, tenté de se suicider.

L'erreur est d'autant plus facile à comprendre que, lorsqu'ils se tuméfient et s'endurcissent, les ganglions situés au devant de la parotide la refoulent, la compriment, l'atrophient, et la réduisent enfin quelquefois à une lame presque celluleuse, peu épaisse, d'où il résulte qu'après l'extirpation de ces ganglions, un vide si considérable existe entre l'apophyse mastoïde et la mâchoire, que la glande ne semble plus s'y trouver. Le volume des adénites de la région parotidienne est parfois très-considérable, surtout quand elles ont envahi le parenchyme de la glande salivaire qui finit par se dérober au milieu d'une vaste hypertrophie du tissu dégénéré.

BOYER cite l'exemple de l'extirpation d'une tumeur parotidienne qu'il pratiqua chez une demoiselle de Bruxelles. Après l'opération, la largeur de la plaie et surtout sa profondeur auraient pu lui faire croire, ainsi qu'à tous les assistants, que la glande parotide avait été enlevée; cependant, après un examen attentif, le célèbre chirurgien aperçut enfin la glande atrophiée et cachée derrière la branche de la mâchoire où elle avait été refoulée par la tumeur ganglionnaire.

Une autre cause d'erreur, dit BOYER, est l'aspect granulé que pré-

sentent quelquefois dans leur tissu les tumeurs squirrheuses développées sur la parotide, aspect assez semblable à celui d'une glande conglomérée pour en imposer facilement à tout homme préoccupé.

Le diagnostic du squirrhe de la parotide présente parfois des difficultés sérieuses; au début du mal, le diagnostic est en général assez facile.

Les tumeurs ganglionnaires sont mobiles, roulent sous le doigt et offrent une certaine mollesse; le squirrhe parotidien, au contraire, est immobile et très-dur. D'ailleurs, il est rare qu'un seul ganglion soit malade : on a le plus souvent alors des tumeurs multiples séparées par de profonds sillons; le squirrhe, au contraire, forme une tumeur unique et dont la surface ne présente le plus souvent que des inégalités peu marquées. Mais si l'affection est ancienne, l'erreur devient facile : les engorgements ganglionnaires chroniques offrent des adhérences fibreuses qui, réunissant tous les ganglions malades, forment une seule masse dure et immobile; le diagnostic alors devient très-épineux, et souvent on n'aura pour se guider que les antécédents et la marche de l'affection. N'oublions pas, du reste, que ces engorgements chroniques sont susceptibles de dégénérescence qui pourra très-bien se propager à la parotide. L'origine de l'affection pourra souvent servir de point de repère pour établir le diagnostic; il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs ganglionnaires de la région parotidienne, ayant pour cause des caries dentaires, surtout de la mâchoire supérieure. Velpeau, Denonvilliers, etc., ont rencontré plusieurs tumeurs analogues qui ont guéri spontanément après l'avulsion des dents malades. Les rapports dont nous avons parlé à propos des lymphatiques buccaux et des ganglions parotidiens peuvent rendre compte de ces faits.

Il nous reste à parler rapidement du diagnostic différentiel entre le squirrhe et la simple induration, la dégénérescence sarcomateuse, le fongus médullaire, les tumeurs enkystées et l'exubérance ou simple hypertrophie de la parotide.

L'*induration simple* de la parotide succède à une inflammation ; elle est moins dure, moins inégale que le squirrhe, et ne présente point les caractères du cancer.

Dans la *dégénérescence sarcòmateuse*, la tumeur est plus molle que dans le squirrhe et dans l'induration ; son développement est plus rapide ; elle est mobile.

Le *fongus médullaire* de la parotide forme une tumeur qui atteint rapidement un volume considérable, qui, lorsqu'elle s'entr'ouvre, livre passage à des fongosités abondantes, et devient le siége d'hémorrhagies fréquentes.

Les *tumeurs enkystées* de la parotide, qui se développent dans son parenchyme ou dans le voisinage de la glande, se distinguent en ce que, le plus souvent, elles affectent une forme ronde, régulière à la surface; quelquefois cependant leur face externe est aplatie. Leur développement n'est point uniforme; elles sont molles et offrent une sensation obscure de fluctuation.

L'*hypertrophie simple* de la parotide a été observée deux fois par Sabatier, qui lui a donné le nom d'*exubérance*; ces tumeurs sont très-volumineuses, indolores le plus souvent, même en exerçant une forte pression; elles paraissent assez mobiles, et sont parfois portées sur une espèce de collet ou rétrécissement.

Avant de terminer ces questions de diagnostic, nous devons dire un mot d'une affection dont Ténon a lu une observation à l'Académie des sciences. Ce genre de tumeur se rapproche de l'affection précédente; comme elle, c'est un accroissement contre nature, une simple augmentation de volume de la glande, qui, sans être altérée dans sa structure, devient fort grosse et forme au devant de l'oreille une tumeur considérable ; elle est molle, indolente, mobile, et comme composée de grains glanduleux; mais voici leur caractère principal : elles sont éminemment vasculaires; elles sont parsemées de gros vaisseaux qui forment de çà et de là sur la peau des lacis en spirale ou des tourbillons rougeâtres. En disséquant la tumeur, Ténon trouva de grosses

artères qui venaient des carotides et qui entraient dans la glande par sa partie inférieure. Il est probable que la quantité de sang, que ces artères portaient à cette glande, avait été cause de son prodigieux accroissement. Beaucoup d'auteurs s'accordent à regarder cette affection comme une *tumeur érectile* de la région parotidienne. Quoi qu'il en soit, on conçoit aisément toute l'importance du diagnostic, et tout le danger qu'il y aurait à porter le bistouri sur de pareilles tumeurs.

Il nous reste enfin à dire un mot du diagnostic du squirrhe et de l'*encéphaloïde*. Nous ne voulons point étudier les différents caractères de ces deux affections. La marche et les caractères extérieurs suffiront le plus souvent au praticien pour distinguer sur le vivant ces deux genres de tumeurs.

A l'autopsie, on trouvera pour le squirrhe une tumeur entourée d'une couche fibreuse, résistante. L'intérieur est cloisonné par des lamelles fibreuses d'un aspect varié : le tissu crie sous le scalpel; la couleur est opaline, blanc-bleuâtre, avec des teintes grises; par la pression, on exprime un suc ichoreux rougeâtre. Dans l'encéphaloïde on trouvera une bouillie rougeâtre ; au centre, et surtout dans les noyaux de la surface, sont de petits foyers sanguins mêlés à de la matière encéphaloïde et creusés au milieu des sortes d'alvéoles dont la réunion compose la masse morbide. La vascularité est considérable ; on y distingue facilement à l'œil nu de nombreux vaisseaux; le tissu squirrheux, au contraire, est exsangue, et c'est à peine si quelques auteurs ont cru y apercevoir de tout petits vaisseaux, à l'aide du microscope. Ajoutons, avant de terminer le diagnostic, que dans le jeune âge l'encéphaloïde est beaucoup plus commun que le squirrhe.

TRAITEMENT.

Une affection redoutable comme le cancer de la parotide devait attirer l'attention des praticiens sur les meilleurs moyens de la combattre. Aussi, depuis longtemps a-t-on employé de nombreux remèdes. On a vu paraître tour à tour :

L'emplâtre de diachylon avec le mercure (HEISTER) ;

L'élixir volatil d'ammoniaque avec de doux purgatifs (MANGET) ;

Les frictions mercurielles (HÉVIN) ;

Les maturatifs et les fondants (BOYER) ;

A l'intérieur, on a préconisé l'extrait de ciguë (STORCK et OTTMAN).

Toutes ces médications ont eu leurs défenseurs ; mais ces nombreuses guérisons de squirrhes parotidiens, sans extirpation, ne sont-elles pas de simples guérisons d'engorgements lymphatiques ?

Si le squirrhe prend rapidement un volume considérable et produit des accidents consécutifs, s'il s'ulcère, tous les maturatifs et tous les fondants ne feront qu'aggraver le mal, et l'extirpation sera malheureusement le seul et unique traitement rationnel.

Au début, lorsque l'induration n'est pas extrême et portée jusqu'à la désorganisation du tissu, le mercure pourra rendre de bons services. Ce médicament, qui jouit d'une action spéciale bien connue aujourd'hui sur les glandes salivaires, sera administré par la voie des frictions sur les parties éloignées ou sur la glande malade. On en pousse l'usage jusqu'à la salivation ; en même temps, on administre chaque jour de doux évacuants. Ainsi employé, le mercure provoque un travail salutaire et réussit parfois à faire disparaître l'engorgement parotidien ; plusieurs faits attestent l'efficacité de cette méthode.

Si, au contraire, l'affection est ancienne, et si le tissu glandulaire est profondément dégénéré, le mercure sera sans utilité.

Inutile de parler des autres remèdes si nombreux qui ont été em-

ployés, tels que : la baryte, l'antimoine, l'iode, la ciguë, la jusquiame, la belladone, le stramonium, les frictions aromatiques sèches, les vapeurs émollientes et tous les emplâtres résolutifs. Nous avons dit que l'emploi inconsidéré des répercussifs avait été bien plus souvent funeste qu'utile; beaucoup de tentatives pour obtenir la résolution ont déterminé une altération du mal, l'ulcération de la tumeur, et n'ont fait que hâter la terminaison fatale.

Dans quelques cas, on aurait retiré quelques avantages de la *compression*, qui est assez facile à exercer sur la région parotidienne : On recouvre la tumeur de compresses élevées en pyramides maintenues par des tours de bande verticauxet circulaires,afin d'obtenir un appareil solide. On est ainsi parvenu plusieurs fois à atrophier la tumeur, et à la faire disparaître; dans quelques cas même, où des clapiers et des fistules existaient, on aurait pu obtenir l'arrêt de la suppuration, la réapplication des parties décollées et la cicatrisation des ouvertures extérieures.

On a aussi vanté la *ligature* qui a surtout été employée par Roonhuisen et par Mayor.

Le premier, sans dissection cutanée préalable, embrassait la tumeur à l'aide de deux ligatures placées à la base, et dont chacune comprenait la moitié de la tumeur que l'on extirpait ainsi en deux portions. Mayor commence à mettre la tumeur à nu, l'attire ensuite au dehors autant que possible avec une pince érigne, et glisse sur sa racine une forte ligature qu'il serre par degrés avec son constricteur en chapelet. En cinq ou six jours, dit-il, la dégénérescence est complétement coupée ou réduite en putrilage, et aucune artère n'a couru risque d'être lésée.

Il y a eu ainsi plusieurs cas de guérisons. Mais, dit Velpeau, ce sont probablement des ganglions lymphatiques qui ont été ainsi enlevés. Cette méthode expose à n'emporter qu'une partie du mal, quand il s'étend profondément, et, s'il est superficiel, l'emploi du bistouri cessant d'être aussi redoutable, elle perd beaucoup de son importance.

Nous avons vu que les tumeurs parotidiennes avaient de grandes tendances à gagner la région profonde qui touche au pharynx; là, en effet, nous l'avons déjà dit, il y a une interruption de l'aponévrose résistante qui pourrait arrêter l'extension du mal; or, ces parties profondes ne pourront que très-difficilement, et souvent même ne pourront pas être embrassées par une ligature. Cependant, dans ces cas, on pourrait combiner heureusement la ligature avec l'incision : sans se donner la peine d'arracher tous les embranchements de la glande les uns après les autres, lorsqu'ils s'étendent trop loin entre les vaisseaux, une forte ligature qui les comprendrait en masse, et qui permettrait de les écraser insensiblement, offrirait, dit VELPEAU, une ressource trop négligée.

Les caustiques ont été préconisés par CHOPART et DESAULT ; mais ils ont de nombreux désavantages. Leur application pourra entraîner la nécrose des parois osseuses qui limitent la cavité parotidienne, puis, on sera exposé aux hémorrhagies consécutives, à la chute des escarres. On a eu recours à cette méthode pour éviter la ligature de la carotide externe; mais comment empêcher que les caustiques ne blessent cette artère? Les vaisseaux si adhérents au tissu glandulaire, quand celui-ci est sain, le sont encore bien plus quand la glande est malade, surtout dans les cas de squirrhe qui donne naissance à de nombreuses adhérences fibreuses. Il faudra donc respecter, avec les caustiques, les tissus malades qui entourent les vaisseaux; mais alors il restera toujours assez de tissu squirrheux pour reproduire une maladie plus cruelle que l'affection primitive. Nous devons conclure que les caustiques sont inutiles, et aussi dangereux que l'emploi du bistouri. Ils ne peuvent être utiles, dans quelques cas, que pour limiter l'ulcération ; on peut aussi les employer avec avantage pour fermer les bouches vasculaires échappées aux ligatures, et pour consumer quelques parcelles morbides, s'il en est que l'instrument n'ait pas enlevées à l'insu de l'opérateur.

En résumé, l'extirpation à l'aide de l'instrument tranchant est sou-

vent le seul traitement convenable. Nous allons maintenant nous occuper du procédé opératoire.

MANUEL OPÉRATOIRE.

1° *Instrumentation.* — L'opérateur devra être muni de bistouris, d'un scalpel surtout, car il ne faut pas oublier que, dans la dissection de la tumeur, qui souvent est plutôt une énucléation, il devra bien des fois recourir au manche.

Il lui faudra aussi des pinces à érignes, des fils à ligatures, et tout ce qui est nécessaire pour arrêter le sang et pratiquer le pansement (éponges, linges fenêtrés, etc.).

2° *Aides.* — Auprès du chirurgien se tiendront constamment des aides intelligents prêts à éponger le sang, à faire les ligatures nécessrires et à entretenir la chloroformisation.

3° *Malade.* — Pour qu'on puisse pratiquer l'extirpation de la parotide, le malade doit être couché sur le côté sain, la tête un peu élevée, de manière à ce que la lumière tombe en plein sur la tumeur.

Il sera d'abord chloroformé.

4° *Procédé opératoire.* — Lorsque la tumeur n'est pas trop volumineuse, que la peau qui la recouvre n'est pas altérée, un aide place ses doigts de chaque côté de la tumeur, tend la peau et tâche de faire saillir la tumeur. L'opérateur fait une incision *longitudinale* qui, partant au-dessus ou au niveau de l'apophyse mastoïde, descend dans la direction de l'angle de la mâchoire.

Lorsque la tumeur est volumineuse, on fait une incision *cruciale*, et, si la peau est très-adhérente ou malade, on la circonscrit par deux incisions *semi-elliptiques* qui se réunissent en haut et en bas.

L'incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant, c'est-à-dire suivant l'axe de la tumeur, est préférable à l'incision transversale,

comme l'ont fait Goodlad et Fonthen, à moins que la maladie ne se prolonge très-loin vers la bouche.

On dissèque ensuite les lambeaux, et, parvenu à la base de la tumeur, on procède à son extirpation.

D'après Malgaigne, on doit commencer par la partie supérieure, puis par le bord postérieur de la tumeur. En effet, outre que la parotide est nettement limitée en ces deux points, par l'articulation temporo-maxillaire, la paroi inférieure du conduit auditif et l'apophyse mastoïde, on évite aussi, en s'y prenant de ce côté, de tomber dès le principe de l'opération sur l'artère carotide.

On peut faciliter cette partie de l'opération en faisant largement ouvrir la mâchoire. Nous avons vu que ce mouvement écarte le condyle maxillaire du conduit auditif, et élargit d'autant l'espace dans lequel manœuvrent les instruments.

On détache la tumeur à sa partie antérieure, partie avec les doigts, partie avec le bistouri ; le muscle masséter est mis à nu et l'on a alors une hémorrhagie fournie par quelques artères musculaires et quelques ramifications de la faciale transverse. On détache la partie postérieure de la même façon, au devant du sterno-mastoïdien ; on voit de petites hémorrhagies que la compression suffit en général pour arrêter.

Quant à la partie profonde de la tumeur, on la détache à l'aide du bistouri, des doigts, du manche de scalpel et des ciseaux, en ayant bien soin de diriger toujours l'instrument vers la tumeur. On détache d'abord le prolongement inférieur et l'on procède de bas en haut.

On rencontre des vaisseaux déjà d'un certain volume, mais la compression suffit quelquefois pour arrêter l'hémorrhagie ; d'autres fois, les ligatures sont indispensables. On voit bientôt le tronc du nerf facial, que l'on coupe hardiment ; arrivé sur la carotide externe, on place deux ligatures entre lesquelles on coupe l'artère, dont on enlève le bout supérieur avec la tumeur que l'on dissèque de bas en haut, en liant successivement les vaisseaux ouverts. En disséquant ainsi la tu-

meur de bas en haut, on se rend maître de l'hémorrhagie en pratiquant les ligatures quand elles se présentent. Après avoir lié à mesure tous les vaisseaux ouverts, on arrive presque toujours à une sorte de pédicule profond, épais, dense et fibreux, dont la section achève de séparer la tumeur. Mais des vaisseaux considérables sont ordinairement contenus dans l'épaisseur de ce pédicule, et il importe de l'étreindre avec une forte ligature, avant de porter sur lui l'instrument.

La tumeur enlevée, il reste encore des hémorrhagies veineuses qui ne tardent pas à s'arrêter.

Quelques mots maintenant sur la ligature de la carotide externe : démontrons d'abord la nécessité de la couper entre une double ligature.

S'il est une partie du système artériel où la disposition des anastomoses exige impérieusement l'application de deux ligatures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la solution de continuité faite au vaisseau, c'est certainement au cou qu'elle se présente. Les anastomoses des bronches, des artères carotides droite et gauche entre elles, celles des carotides internes entre elles et avec les vertébrales, doivent ramener le sang avec tant de facilité par le bout opposé au cœur, qu'on pourrait, dit P. H. Bérard, douter *a priori* de la possibilité d'arrêter une hémorrhagie provenant des carotides, par l'application d'une seule ligature. Morgagni fait observer que, dans un cas de blessure de la carotide, le sang provenait à la fois des deux bouts du vaisseau, et Van Swieten, après avoir étudié sur les animaux les effets de la ligature de la carotide, s'exprime ainsi : *His factis, deberet utrumque extremum carotidis discissœ investigari et inventum deinde ligari.*

Des chirurgiens ont été jusqu'à pratiquer dans cette opération la ligature de la carotide primitive. Goodlad, Gensoul ont agi de la sorte. Nous ne saurions partager cette opinion, en présence des accidents redoutables que peut entraîner une telle opération. Sur un relevé de cent vingt-deux cas de ligature de la carotide primitive, Malgaigne a trouvé quarante-six morts, dont quatorze par hémorrhagies et onze par accidents cérébraux.

Mieux vaut encore n'entourer la carotide primitive que d'un fil, comme l'ont fait Béclard, Carmichael, Gensoul et Lisfranc.

M. Hébert Mayo a conseillé de faire la ligature de la carotide interne et externe; car si l'une des grosses branches de la carotide a été lésée, la ligature de la carotide primitive n'empêchera pas le sang de revenir par la carotide interne dans la carotide externe, au moyen des communications que la première de ces artères a dans le crâne avec celle du côté opposé et les vertébrales. Il serait plus simple de ne lier, dans ces cas, que la carotide externe; mais on peut la confondre avec l'interne. P. H. Bérard pense qu'il vaut alors mieux découvrir l'artère carotide primitive à sa terminaison, placer là une ligature, et une autre sur l'une de ses branches de terminaison, n'importe laquelle.

On peut assez facilement prendre la carotide externe pour l'interne; on ne doit pas oublier qu'à son origine la carotide externe est en avant et en dedans de la carotide interne. Pour éviter l'erreur, Malgaigne conseille de chercher l'effet de la compression de l'artère suspecte sur les battements de l'artère temporale.

La section de la carotide externe entre deux ligatures est encore le parti le plus sage; pour plus de sûreté, on peut, comme l'a fait M. le professeur Michel, dans l'opération que nous citons, placer préalablement un fil d'attente sous la carotide externe au-dessous de la tumeur, tout près de son origine.

On a conseillé aussi de pratiquer la ligature de la carotide externe, quelques semaines avant de pratiquer l'extirpation.

On prétend que l'opération serait ainsi faite avec beaucoup plus de sûreté. Quelques tumeurs de la parotide pourraient même, après la ligature de la carotide, diminuer de volume au point de rendre tout à fait inutile l'extirpation que l'on voulait pratiquer auparavant.

Les faits ne sont ni assez nombreux ni assez probants pour nous permettre de nous prononcer à ce sujet.

Pansement. — Après l'opération on fera un pansement simple. La plaie sera remplie avec de la charpie et de l'agaric, et on mettra dessus un linge fenêtré. Il ne faudra pas songer à obtenir une réunion immédiate ; comment en effet éviter la suppuration dans des excavations que la végétation des bourgeons celluleux et vasculaires peut seule combler ? D'ailleurs, peut-on espérer une réunion immédiate après tous les déchirements que nécessite cette opération ? Quand la plaie est large, on s'expose, en voulant la fermer immédiatement, aux fusées purulentes, à l'érysipèle simple ou phlegmoneux et à toutes leurs suites, ainsi qu'on l'a vu dans des cas rapportés au nom de Beclard et de plusieurs autres.

Il sera prudent de placer une mèche de charpie à la partie inférieure de la plaie, afin de favoriser l'écoulement du pus qui pourrait s'accumuler au fond de la plaie et produire des décollements et des fusées purulentes dans la région cervicale. Le pansement à plat et sans réunion rend aussi la compression plus facile en cas d'hémorrhagie.

Suites de l'opération. — Immédiatement après la section du nerf facial, on remarque un changement subit dans la figure du malade; c'est que cette section produit inévitablement la paralysie de la paupière, de l'aile du nez, de la commissure labiale et de toute la moitié correspondante de la face. Nous avons dit plus haut ce qu'on devait penser de ces extirpations de la parotide sans hémiplégie faciale. Il sera bon avant l'opération de prévenir le malade de cet accident consécutif. D'autres fois, même après la cicatrisation, les lésions des muscles stylo-hyoïdien, stylo-pharyngien, stylo-glosse, masséter, etc., laissent de la gêne dans les mouvements du larynx, de la langue et de la mâchoire.

C'est à ces lésions musculaires que sont dues les douleurs durant la mastication, et non, comme on l'a dit, à l'écoulement sur la plaie d'une petite quantité de salive sécrétée par quelques parcelles glandulaires oubliées.

Récidive. — Si l'on en croyait toutes les observations publiées, contrairement à ce qui arrive pour le cancer du sein, le squirrhe de

la parotide serait très-peu sujet à récidiver ; mais, disons-le encore avant de terminer, combien de prétendues guérisons de squirrhes parotidiens qui n'étaient que des succès obtenus sur des tumeurs ganglionnaires !

OBSERVATIONS.

Au commencement du mois de décembre dernier, entrait à l'établissement de la Toussaint de Strasbourg une jeune fille de Mulhouse, âgée de vingt-cinq ans.

Elle venait réclamer des soins pour une tumeur située à la région parotidenne du côté gauche, et qui, après une marche assez lente d'abord, avait depuis quelque temps acquis un développement assez rapide. Elle occasionnait des douleurs lancinantes, des gênes dans la mastication et de grands maux de tête. Un traitement par les caustiques, auquel avait déjà, dans son pays, été soumise cette malade, n'avait pas peu contribué à modifier la marche et les caractères de l'affection. La tumeur s'était ulcérée et donnait lieu à un écoulement sanieux. Sa forme était à peu près ovalaire avec un prolongement assez considérable s'étendant au devant du masséter, dans la direction du canal de Sténon.

La malade n'a jamais eu au sein ni ailleurs de tumeur de mauvaise nature, et il n'y a rien dans sa famille qui puisse faire croire à une affection héréditaire.

M. le professeur Michel, appelé auprès de la malade, constate la présence d'une tumeur dure, immobile, occupant tout l'espace situé entre le conduit auditif et la branche montante du maxillaire, s'étendant en avant sous forme de petits mamelons jusqu'à l'ouverture du canal de Sténon dans la bouche; en bas, elle dépasse le rebord du maxillaire et s'enfonce en arrière sous l'extrémité supérieure

du muscle sterno-mastoïdien; un ganglion assez considérable, situé à la hauteur de la division de la carotide primitive, augmente en bas l'étendue de la tumeur. Celle-ci est immobile, on ne saurait limiter sa face postérieure. Toutefois les mouvements de la mastication sont possibles et le doigt porté dans la bouche ne sent rien du côté du pharynx. En pressant la tumeur, on en fait sortir un liquide sanguinolent par l'ouverture du canal de Sténon dans la cavité buccale.

La marche de l'affection, ses caractères physiques, les douleurs lancinantes et les autres symptômes font porter le diagnostic de squirrhe de la parotide ; tous les emplâtres fondants et maturatifs, les caustiques eux-mêmes, malheureusement, avaient déjà été employés sans succès; il n'y avait évidemment d'autre ressource que dans l'intervention franchement chirurgicale ; l'extirpation est proposée à la malade qui l'accepte et l'opération est pratiquée le 1[er] décembre, en présence de plusieurs médecins et internes de l'hôpital de Strasbourg.

La malade ayant été chloroformée, l'opérateur fait d'abord une première incision verticale qui, partant un peu au-dessus du niveau de l'apophyse zygomatique, s'étend jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure ; une deuxième incision horizontale, commençant sous le bord de la mâchoire inférieure et dépassant en arrière l'apophyse mastoïde, coupe la première à angle droit; par ces deux incisions la peau est divisée en quatre lambeaux. L'opérateur dissèque avec soin d'abord les deux inférieurs et commence l'extirpation du produit morbide par le ganglion inférieur. Ce premier temps mit à nu la division de la carotide primitive ; on en profita pour passer un fil d'attente sous la carotide externe et non pas sous la carotide primitive, comme on l'a conseillé jusqu'ici. Toutefois ce fil d'attente ne devait servir que dans le cas où l'on ne pourrait faire la ligature de la carotide externe à la hauteur du digastrique.

L'énucléation de la tumeur est faite partie avec le bistouri, partie avec les doigts et le manche du scalpel. A la partie postérieure, on ne tarde pas à apercevoir un corps blanchâtre, pénétrant dans l'in-

térieur de la glande et qui n'est autre que le tronc du nerf facial ; on le coupe hardiment, et aussitôt se manifeste un changement qui n'échappe pas plus aux aides qu'à l'opérateur : l'angle de la bouche, l'aile du nez et la paupière du côté correspondant à la tumeur s'affaissent ; toute la moitié de la face est immobile ; comme on s'y attendait, on venait, par la section du nerf facial, de produire l'hémiplégie faciale.

La ligature de la carotide au-dessous de la tumeur n'est pas jugée nécessaire ; de nombreuses ligatures placées sur les nombreuses ramifications de cette artère suffisent pour se rendre maître de l'hémorrhagie. Arrivé sur le tronc de la carotide externe qui était située dans le sein même de la glande, on fait une double ligature et l'artère est coupée dans l'intervalle.

Au niveau du prolongement qui s'étendait sur le masséter, vers le canal de Sténon, prolongement appelé par les auteurs *glande accessoire,* on éprouve de nouvelles difficultés pour la dissection, et il faut pratiquer la ligature de l'artère faciale transverse.

Arrivé enfin au sommet interne de la tumeur, de nouvelles adhérences et le voisinage d'organes si importants viennent augmenter les difficultés de l'opération.

Après l'application de nouvelles ligatures, l'extirpation est enfin heureusement terminée.

Un écoulement de sang en nappe, dû à une hémorrhagie veineuse, ne tarde pas à s'arrêter spontanément.

On voit alors une cavité large et profonde, laissant apercevoir dans sa partie la plus reculée la veine jugulaire interne et la carotide interne, l'apophyse styloïde, les nerfs pneumogastrique et sympathique, et postérieurement, sur le côté, le tronc coupé du nerf facial.

On aperçoit facilement les battements de la carotide interne, ainsi que les muscles styliens.

Pas de trace nulle part de la glande parotide, qui a bien été enlevée en totalité.

On procède alors à un pansement simple : on remplit la cavité de boulettes de charpie, une mèche est placée à la partie inférieure de la plaie, afin de favoriser l'écoulement du pus ; un linge fenêtré avec des compresses vient recouvrir le tout.

Suites de l'opération. — Pas d'hémorrhagies consécutives, fièvre modérée, disparition des douleurs lancinantes et bien-être franchement avoué par la malade. L'hémiplégie faciale persiste toujours. Les érosions forcées, pendant la dissection, des muscles masséter, stylo-pharyngien entraînent des douleurs pendant la mastication et la déglutition, et la malade doit se contenter de bouillons. Plusieurs jours après l'opération, M. le professeur MICHEL a eu l'obligeance de nous conduire auprès de la malade. La plaie offre un bel aspect ; il s'écoule du pus de bonne nature, déjà apparaissent de nombreux bourgeons charnus, mais pas en assez grande quantité pour nous empêcher d'apercevoir encore au fond de la plaie les battements de la carotide interne ; le tronc du nerf facial est très-visible et l'hémiplégie persiste toujours. Les dernières ligatures ne se détachèrent que vers le dix-septième jour.

La cicatrisation ne tarde pas à s'établir franchement et la malade sort le 23 décembre complétement guérie, mais toujours atteinte d'hémiplégie faciale.

Examen de la tumeur. — M. le professeur MICHEL, avec toute son habileté bien reconnue dans l'emploi du microscope, examine lui-même la tumeur et reconnaît tous les caractères histologiques du cancer épithélial des glandes salivaires.

M. le professeur agrégé MOREL a également reconnu cette forme histologique de la tumeur ; mais, malgré des recherches multipliées, ces deux professeurs n'ont pu reconnaître positivement l'élément anatomique normal, point de départ de l'affection. Je sais que de nouvelles recherches sont poursuivies de ce côté.

CONCLUSIONS.

De l'ensemble de notre travail, de l'observation que nous avons citée, et d'un grand nombre d'autres observations analogues, mais que les limites forcées de notre travail ne nous permettent pas de reproduire, nous croyons devoir conclure :

1° L'extirpation est jusqu'ici le seul traitement convenable du cancer parotidien ;

2° Dans ce genre d'opération le nerf facial et la carotide externe sont nécessairement coupés.

3° Le squirrhe parotidien est assez rare, et bien souvent il a été confondu avec des tumeurs ganglionnaires de cette région.

Vu.
Strasbourg, le 13 janvier 1866.
Le Président de la Thèse,
MICHEL.

Vu bon à imprimer.
Strasbourg, le 14 janvier 1866.
Le Recteur de l'Académie,
DELCASSO.

QUESTIONS

posées par la Faculté et tirées au sort, en vertu de l'arrêté du Conseil de l'instruction publique du 22 mars 1842.

---

1. *Anatomie normale.* — De la formation du placenta.

2. *Anatomie pathologique.* — Du fongus médullaire.

3. *Physiologie.* — Propriétés et fonctions du nerf diaphragmatique.

4. *Physique médicale. Hygiène.* — Du principe d'égalité de pression. Questions de physiologie qui se résolvent par la considération de ce principe.

5. *Médecine légale.* — De la putréfaction et des épreuves galvaniques considérées comme signes de la mort.

6. *Accouchements.* — Dans quels cas l'accouchement forcé est-il indiqué?

7 *Histoire naturelle médicale.* — De la durée des plantes ligneuses.

8. *Chimie médicale et toxicologie.* — De la conservation des aliments.

9. *Pathologie et clinique externes.* — Décrire l'iritis, ses espèces et son traitement.

10. *Pathologie et clinique internes.* — Appréciation des moyens dits anti-dartreux.

11. *Médecine opératoire.* — Des sutures en général.

12. *Matière médicale et pharmacie.* — Qu'entend-on par médicament spécifique?



